



SD-ACD-062-00

คู่มือเตรียมรับการประเมินรับรองการพัฒนา
คุณภาพสถานพยาบาลเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ
ตามมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ
(Program and Disease Specific Standards)

วันที่ประกาศใช้ 1 พฤศจิกายน 2567

จัดทำโดย

กลุ่มภารกิจปฏิบัติการประเมินและรับรอง
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)



รหัสเอกสาร : SD-ACD-062-00 คู่มือเตรียมรับการประเมินรับรองการ
พัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ ตามมาตรฐาน
เฉพาะโรค/เฉพาะระบบ
วันที่ประกาศใช้ : 1 พฤศจิกายน 2567

แก้ไขครั้งที่ : 00

หน้า 2 จาก 14

คำนำ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) จัดทำมาตรฐานเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ (Program and Disease Specific Standards: PDSS) เพื่อสร้างการเรียนรู้และกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพในสถานพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะโรคหรือระบบ รวมถึงเป็นการสร้างทีมทางคลินิกที่เข้มแข็งเพื่อขยายผลสู่การรับรองคุณภาพทั้งสถานพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้มีกลไกการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยรายโรค และ/หรือ การพัฒนาการจัดระบบบริการต่างๆ ให้มีกระบวนการและผลลัพธ์ที่ดี ของสถานพยาบาล โดยใช้หลักวิชาการที่ทันสมัยตามมาตรฐานที่เกี่ยวข้องและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่กระบวนการพัฒนาที่ดีของโรคและ/หรือระบบต่างๆ และเพื่อการขอรับรองการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ (Program and Disease Specific Certification: PDSC)

สถาบันหวังเป็นอย่างยิ่งว่า การประเมินการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ จะเป็นประโยชน์สำหรับสถานพยาบาล ที่จะช่วยเตรียมความพร้อมและส่งเสริมการเรียนรู้ในการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ เพื่อยกระดับการพัฒนาสู่การขอรับรองกระบวนการคุณภาพ รวมทั้งช่วยขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการให้ประชาชนเกิดความมั่นใจ และไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

พฤศจิกายน 2567



รหัสเอกสาร : SD-ACD-062-00 คู่มือเตรียมรับการประเมินรับรองการ
พัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ ตามมาตรฐาน
เฉพาะโรค/เฉพาะระบบ
วันที่ประกาศใช้ : 1 พฤศจิกายน 2567

แก้ไขครั้งที่ : 00

หน้า 3 จาก 14

สารบัญ

1. หลักการและเหตุผล	4
2. คำนิยาม	5
3. เครื่องมือสำคัญในการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ	5
4. เอกสารประกอบการขอรับการประเมินรับรอง.....	6
5. วัตถุประสงค์ของการรับรองการพัฒนาคุณภาพเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ.....	6
6. คุณสมบัติพื้นฐานของสถานพยาบาลที่จะขอรับการประเมินรับรอง	7
7. ขั้นตอนและแนวทางปฏิบัติเพื่อขอรับการประเมินรับรอง	7
8. กิจกรรมการเยี่ยมชมสำรวจ	10
9. หลักเกณฑ์การพิจารณาและอนุมัติการรับรองการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล	13
10. การปฏิบัติหลังได้รับการรับรองการพัฒนาคุณภาพ	13
11. กระบวนการต่ออายุการรับรอง	14



1. หลักการและเหตุผล

สถาบันได้มีการพัฒนามาตรฐานเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ (The Program and Disease Specific Standard: PDSS) โดยเป็นเครื่องมือช่วยยกระดับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยรายโรคหรือระบบเฉพาะให้เห็นผลลัพธ์ที่ดีขึ้นหรือมีการเทียบเคียงผลลัพธ์ที่ทำท่ายอยู่เสมอ และส่งเสริมให้สถานพยาบาลพัฒนาความสามารถ ความเชี่ยวชาญเฉพาะโรคหรือระบบ รวมถึงเป็นการสร้างทีมทางคลินิกที่เข้มแข็ง เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับองค์กรที่จะยกระดับการพัฒนาสู่การรับรองกระบวนการคุณภาพ

สถาบันจึงจัดให้มีการประเมินและรับรองการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ เพื่อส่งเสริมให้สถานพยาบาลนำมาตรฐานไปประยุกต์ใช้กับการพัฒนาโรคและระบบต่างๆ ให้มีผลการดำเนินงานที่ดีขึ้นจนถึงการพัฒนาในระดับเป็นเลิศ และการช่วยค้นหาแนวปฏิบัติที่ดีเพื่อยกย่องชมเชย clinical excellence และสามารถเป็นต้นแบบให้ผู้อื่นได้เรียนรู้ รวมถึงเป็นการส่งเสริมการใช้แนวคิด continuous improvement ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อการพัฒนาต่อเนื่องต่อไป และให้เกิดกระบวนการพัฒนาในโรคหรือระบบที่สะท้อนหลักพื้นฐาน ดังนี้

Process Management	แสดงให้เห็นการจัดการกระบวนการอย่างเป็นระบบกับกระบวนการสำคัญที่ครอบคลุม ตลอดสายธารแห่งคุณค่า (value stream)
Result	แสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่ดีถึงดีมาก และแนวโน้มที่ดีขึ้น มีการใช้ข้อมูลเทียบเคียงที่ทำท่ายอย่างเป็นรูปธรรม
Learning (evaluation & improvement, integration, innovation)	แสดงให้เห็นการประเมินและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เฉพาะโรค/ระบบที่ขอรับการรับรอง โดยระบบงานมีการบูรณาการการสร้างนวัตกรรม และ/หรืองานวิจัยจากงานประจำหรือการสร้างองค์ความรู้ที่สำคัญ
Quality Concepts	แสดงให้เห็นกระบวนการพัฒนาที่ขจัดความสูญเปล่า ป้องกันความเสี่ยง ใช้หลักฐานทางวิชาการ รวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพและมิติด้านจิตวิญญาณ



2. คำนิยาม

“การรับรองการพัฒนาคุณภาพ” หมายความว่า การรับรองการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลตามมาตรฐานเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบที่คณะกรรมการกำหนด

“ผู้ประเมินการพัฒนา” หมายความว่า ผู้ประเมินความสำเร็จของสถานพยาบาลในการรับรองการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ ผู้เยี่ยมสำรวจหรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ ที่สถาบันขึ้นทะเบียน หรือบุคคลที่ผู้อำนวยการมอบหมาย

3. เครื่องมือสำคัญในการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ

สถาบัน มีการพัฒนาเครื่องมือที่สำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ ดังนี้

1. มาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ (Program and Disease Specific Standards: PDSS)
2. แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline) ตามแนวทางการรับรองคุณภาพของ HA

Score	Process	Result
1	ออกแบบและเริ่มต้นปฏิบัติ Design & early stage of implementation	มีการวัดผล Measure
2	มีการปฏิบัติได้บางส่วน แต่ครอบคลุมประเด็นที่สำคัญ ¹ Partial implementation	ติดตามตัวชี้วัดที่ตรงเป้าหมายตามประเด็นที่สำคัญ Relevant and valid measure
3	มีการปฏิบัติที่ครอบคลุมและได้ผล Effective implementation	วิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัด Get use of measures
4	มีการปรับปรุงกระบวนการต่อเนื่อง Continuous improvement	มีผลลัพธ์ในเกณฑ์ดี (สูงกว่าค่าเฉลี่ย) Good results (better than average)
5	มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดี Role model, good practices, innovation	มีผลลัพธ์ที่ดีที่สุด (25% สูงสุด) Very good results (top quartile)

ประเด็นสำคัญ หมายถึง 1) ประเด็นสำคัญตามมาตรฐาน 2) ประเด็นสำคัญตามบริบทโรงพยาบาล 3) ประเด็นสำคัญตามระดับศักยภาพโรงพยาบาล



4. เอกสารประกอบการขอรับการประเมินรับรอง

สถานพยาบาลที่จะขอรับการประเมินรับรองการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ
ต้องจัดส่งเอกสาร ดังต่อไปนี้

1. หนังสือแสดงเจตจำนงขอรับการประเมินรับรอง
2. Hospital Profile (ข้อมูลพื้นฐานสถานพยาบาล) ผังโครงสร้างองค์กร โครงสร้างคุณภาพ รายชื่อ
หน่วยงาน
3. แบบรายงานการประเมินตนเองประกอบการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลที่พัฒนาเฉพาะโรคหรือ
เฉพาะระบบ ตามมาตรฐานเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ
4. แบบรายงานการประเมินตนเองคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของสถานพยาบาลที่พัฒนาเฉพาะโรคหรือ
เฉพาะระบบ
5. แบบรายงานผลงานการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง หรือผลงานเด่นหรือผลงานวิจัยที่แสดงถึงผลการ
พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคหรือบริการเฉพาะระบบ อย่างน้อย 3 เรื่อง
หมายเหตุ: กรณีการขอประเมินรับรองการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลเฉพาะโรคหรือระบบ ที่มีแนว
ปฏิบัติของเครือข่ายวิชาชีพร่วมด้วย เช่น โรคหลอดเลือดสมอง, HIV/STI, การดูแลรักษาในคลินิก
เบาหวานของสถานพยาบาล, ระบบการดูแลรักษาในห้องฉุกเฉินของสถานพยาบาล, การบำบัดภาวะ
ติดยาเสพติด, แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ กระดูกข้อสะโพกหัก, ระบบพัฒนาคุณภาพ
สถานพยาบาลด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล, ระบบการดูแลผู้ป่วยด้วยมิติจิตวิญญาณ เป็นต้น ขอให้
สถานพยาบาลศึกษาประกอบเพิ่มเติมเพื่อจัดเตรียมเอกสารและเตรียมความพร้อมตามแนวทางปฏิบัติ
ผ่านทางเว็บไซต์สถาบัน www.ha.or.th

5. วัตถุประสงค์ของการรับรองการพัฒนาคุณภาพเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ

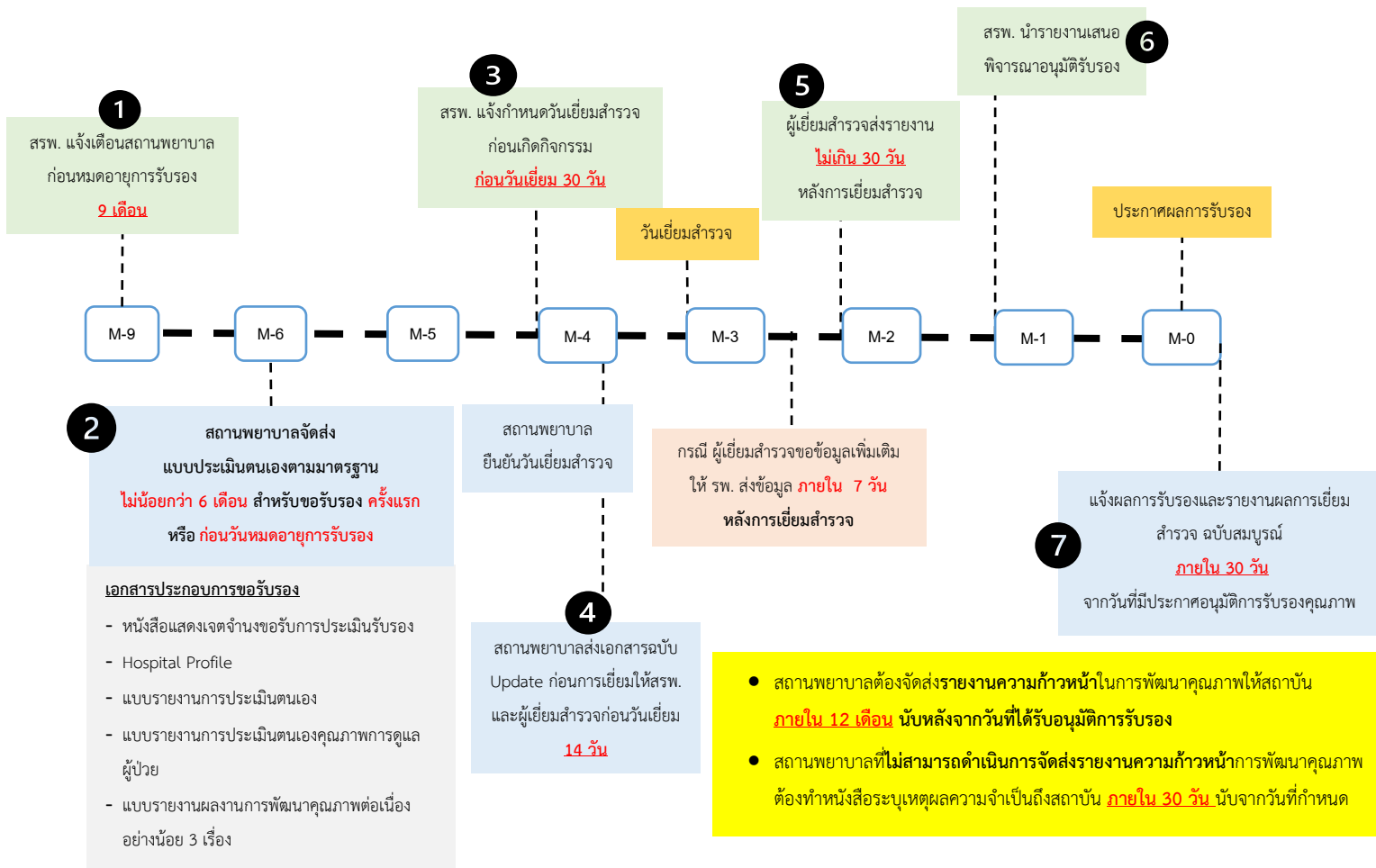
1. เพื่อค้นหาวิธีการปฏิบัติที่ดี (good practice) เฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ เพื่อเป็นต้นแบบ และ
แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการพัฒนาต่อเนื่องและต่อยอดสำหรับสถานพยาบาลอื่นๆ ต่อไป
2. ขับเคลื่อนการพัฒนาที่มีความเฉพาะเจาะจง ยกระดับระบบบริการสู่ความเป็นเลิศ โดยการทบทวน
การดูแลรักษาการตามรอยโรคและตัวชี้วัด (tracer)
3. ขยายการพัฒนาสู่และการสร้างทีมพัฒนาคุณภาพส่วนอื่นๆ ขององค์กร เช่น ในปีนี้มีการรับรองใน
เรื่องของการเปลี่ยนข้อเข่า ปีถัดไปอาจทำการต่อยอดไปในโรคอื่นๆ ทำให้เกิดการขยายผลทีมพัฒนา
เฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบทั้งองค์กรและครอบคลุมมากขึ้น
4. การนำ HA Core Values & Concepts สู่อุปการปฏิบัติอย่างเป็นธรรมชาติ



6. คุณสมบัติพื้นฐานของสถานพยาบาลที่จะขอรับการประเมินรับรอง

1. สถานพยาบาลต้องผ่านการรับรองคุณภาพ HA ชั้น 2 ขึ้นไปหรือเทียบเท่า¹ และยังมีรายงานภาพการรับรอง
2. สถานพยาบาลต้องสามารถแสดงให้เห็นกระบวนการการดูแล การออกแบบการบริการและผลลัพธ์ระดับแนวหน้าของประเทศ หรือนานาชาติ
3. มีการนำแนวคิดคุณภาพและกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

7. ขั้นตอนและแนวทางปฏิบัติเพื่อขอรับการประเมินรับรอง



¹ เทียบเท่า คือ การรับรองใดๆ ที่ผ่านการรับรองของมาตรฐานที่ ISQua EEA ให้การรับรอง ให้เทียบเท่ากับการรับรอง HA ชั้น 3



ขั้นตอนการเยี่ยมชมสำรวจ	การดำเนินการของ สรพ.	การดำเนินการของสถานพยาบาล
(1) 9 เดือน ก่อนวัน หมดอายุการรับรอง กระบวนการคุณภาพ	สถาบันจัดส่งหนังสือแจ้งเตือนการ หมดอายุการรับรอง	กรณีต่ออายุการรับรอง สถานพยาบาล ประเมินตนเองตามมาตรฐานเฉพาะโรค/ เฉพาะระบบ
(2) 6 เดือน สำหรับขอ รับรอง ครั้งแรก หรือ ก่อนวันหมดอายุการ รับรอง		1. สถานพยาบาลยื่นหนังสือแสดง เจตจำนงขอรับการประเมินรับรอง พร้อมเอกสารประกอบสำหรับการ เยี่ยมชมสำรวจ ได้แก่ <ul style="list-style-type: none">● Hospital Profile (ข้อมูลพื้นฐาน สถานพยาบาล) ผังโครงสร้าง องค์กร โครงสร้างคุณภาพ รายชื่อ หน่วยงาน● แบบรายงานการประเมินตนเอง ประกอบการพัฒนาคุณภาพ สถานพยาบาลที่พัฒนาเฉพาะโรค หรือเฉพาะระบบ ตามมาตรฐาน เฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ● แบบรายงานการประเมินตนเอง คุณภาพการดูแลผู้ป่วยของ สถานพยาบาลที่พัฒนาเฉพาะโรค หรือเฉพาะระบบ● แบบรายงานผลงานการพัฒนาคุณ ภาพต่อเนื่อง หรือผลงานเด่นหรือ ผลงานวิจัยที่แสดงถึงผลการ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะ โรคหรือบริการเฉพาะระบบ อย่างน้อย 3 เรื่อง



ขั้นตอนการเยี่ยมสำรวจ	การดำเนินการของ สรพ.	การดำเนินการของสถานพยาบาล
		2. สถานพยาบาลจัดส่งรายชื่อแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญในโรคที่ขอรับรอง รวมทั้ง ข้อมูลสำหรับการติดต่อ มายังสถาบัน จำนวน 3 ท่าน โดยต้องเป็น ผู้เชี่ยวชาญที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องใดๆ กับสถานพยาบาลและเป็นผู้ที่มีผลงาน วิชาการได้รับการยอมรับในสาขาโรคที่ ขอรับรอง
(3) 1 เดือน ก่อนการ เยี่ยมสำรวจ หรือ 90 วัน หมดอายุการรับรอง กระบวนการคุณภาพ	แจ้งวันเยี่ยมสำรวจและรายชื่อผู้ เยี่ยมสำรวจ	ยืนยันวันเยี่ยมสำรวจ
(4) 14 วัน ก่อนวันเยี่ยม สำรวจ		สถานพยาบาลส่งเอกสารฉบับ Update ก่อนการเยี่ยมให้สถาบัน และผู้เยี่ยมสำรวจ ก่อนวันเยี่ยม 14 วัน
(5) วันเยี่ยมสำรวจ	ผู้เยี่ยมสำรวจเข้าเยี่ยมสำรวจ	สถานพยาบาลจัดเตรียมเอกสารไว ณ หอง ประชุม
(6) ภายหลังการเยี่ยม สำรวจ	1. ผู้เยี่ยมสำรวจส่งรายงาน ไม่เกิน 30 วัน ภายหลังการเยี่ยมสำรวจ 2. สถาบันนำรายงานผลการเยี่ยม สำรวจเสนอคณะกรรมการ พิจารณาอนุมัติ	กรณี ผู้เยี่ยมสำรวจขอข้อมูลเพิ่มเติม ให้ รพ. ส่งข้อมูล ภายใน 3 เดือน ภายหลังการเยี่ยมสำรวจ
(7) ประกาศผลการรับรอง	1. ประกาศผลการรับรอง กระบวนการคุณภาพ สถานพยาบาล และสรุปผลการ เยี่ยมสำรวจอย่างเป็นทางการ 2. สถาบันส่งจดหมายการแจ้งผล วันและส่งรายงานฉบับสมบูรณ์ ใบรับรองอิเล็กทรอนิกส์	รับทราบผลการรับรอง และปฏิบัติตาม แนวทางที่ สถาบันกำหนด



8. กิจกรรมการเยี่ยมชมสำรวจ

สถาบันจัดให้มีการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อการประเมินการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ โดยอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามบริบทของสถานพยาบาล ดังนี้

- การรับรองการพัฒนาคุณภาพครั้งแรก จำนวน 3 Manday ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่าน ผู้เยี่ยมชมสำรวจ 1 ท่าน
- การต่ออายุการรับรองการพัฒนาคุณภาพ จำนวน 2 Manday ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน ผู้เยี่ยมชมสำรวจ จำนวน 1 ท่าน

1. ตัวอย่างกำหนดการเยี่ยมชมสำรวจ



กำหนดการเยี่ยมชมเพื่อการรับรองมาตรฐานเฉพาะโรค

โรงพยาบาล

วันที่

วันที่	ทีม	8.00 - 09.00				09.00 - 10.00				10.00 - 11.00				11.00 - 12.00				13.00 - 14.00				14.00 - 15.00				15.00 - 16.00							
		15	30	45	60	15	30	45	60	15	30	45	60	15	30	45	60	15	30	45	60	15	30	45	60								
	1	Document Review				Opening and presentation				Trace Patient Care I /Risk, IC LAB, x-ray, ward, Rehab								พักประจำหอผู้ป่วย				Breast center Team Interview				Surveyor Meeting				Exit Conference			
	2									Trace Patient Care II ER, ICU, ward																							
	3									Trace Patient Care III OPD, OR, Anesth, ระบบยา																							

คณะผู้เยี่ยมชมสำรวจ

1	ผู้เยี่ยมชมสำรวจ	
2	ผู้เยี่ยมชมสำรวจ	
3	ผู้เชี่ยวชาญ	ผู้ประสานงาน รพ. ผู้ประสานงาน สรพ.



2. รายละเอียดตารางการเยี่ยม

กิจกรรม	การเตรียมตัว	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม:
(1) Document review: เพื่อให้ผู้เยี่ยมสำรวจ และผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ โรคหรือเฉพาะระบบ ร่วมกันทบทวนและ ศึกษาเอกสารการพัฒนา คุณภาพสถานพยาบาล เฉพาะโรคหรือเฉพาะ ระบบ	<ul style="list-style-type: none">● การทบทวนเวชระเบียน : ขอให้จัดเตรียมเวชระเบียนผู้ป่วยในโรค/ระบบ ที่ขอการรับรอง จำนวน 5 – 10 ฉบับ ตามตัวชีวิตที่สำคัญจำเป็นของโรค/ระบบที่ขอรับรอง ดังนี้<ul style="list-style-type: none">- จัดเตรียมเวชระเบียนทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในผู้ป่วยรายเดียวกัน ย้อนหลัง 6 เดือน เพื่อประโยชน์ในการตามรอย จำนวน 10 ฉบับ- จัดเตรียมเวชระเบียนผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 3 ฉบับ- จัดเตรียมเวชระเบียนผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำ จำนวน 3 ฉบับ- หมายเหตุ: กรณีขอรับรอง Stroke ขอเวชระเบียนผู้ป่วย Stroke และแบบบันทึก Thai Primary Stroke Center record form ตามเกณฑ์ประเมินและรับรองศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน● รายงานการประชุมที่เกี่ยวข้อง● เอกสารเกี่ยวกับการประเมินศักยภาพบุคลากรและเอกสารรับรอง<ul style="list-style-type: none">- หนังสือรับรองด้านวิชาชีพของบุคลากร- การฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับโรคหรือเฉพาะระบบ ที่ขอรับรอง- วิธีการในการได้มาซึ่งศักยภาพของแพทย์และบุคลากรอื่นของทีม- กิจกรรมที่ทำให้การฝึกอบรม และการศึกษาแก่บุคลากรในทีม- บันทึกข้อมูลการทำงานของบุคลากรในทีม และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง● อื่น ๆ เช่น ผลงานวิชาการหรือ ผลงาน CQI ที่เกี่ยวข้อง	ผู้ประเมินการ พัฒนา



กิจกรรม	การเตรียมตัว	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม:
(2) Opening Meeting: การชี้แจงวัตถุประสงค์ และการนำเสนอผลการ ดำเนินงานภาพรวมของ PCT/คณะกรรมการ	<ul style="list-style-type: none">นำเสนอผลการดำเนินงานภาพรวมของPCT/คณะกรรมการต่าง ๆ โดยใช้เวลาเพียง 20 นาที ในการนำเสนอจุดเด่นหรือสิ่งทีภาคภูมิใจ	คณะกรรมการ บริหารโรงพยาบาล
(3) Tracer: การตามรอย	<ul style="list-style-type: none">เป็นการสุ่มเยี่ยมสำรวจหน่วยงานและพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยแบ่งเป็นสายตามความเหมาะสมในการตามรอยเพื่อประเมินการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย และการตามรอยระบบงานสนับสนุนที่วางไว้สู่การปฏิบัติ เช่น คลินิกทั่วไป & คลินิกเฉพาะ ห้องปฏิบัติการพยาบาล, กายภาพบำบัด, เวชระเบียน, IC, ENV, Lab , X-ray, ทัศนกรรม, สังคมสงเคราะห์	ทีมนำทางคลินิก และทีมระบบ สนับสนุน
(4) Team Interview: การสัมภาษณ์ผู้ที่ เกี่ยวข้องกับการใช้ ข้อมูล	<ul style="list-style-type: none">ทีมนำเสนอภาพรวมการพัฒนาคุณภาพ เฉพาะโรคหรือระบบ ที่ตอบสนองต่อทิศทางการพัฒนา จุดเน้นองค์กร รวมทั้งประเด็นสำคัญตามมาตรฐาน ไม่เกิน 15 นาที และเป็นการสัมภาษณ์สรุปประเด็นที่ได้จากการเรียนรู้เพื่อวางแผนในการปรับปรุงพัฒนาและประเมินติดตามระบบที่วางไว้	ทีมหรือ ผู้แทน ระบบงานสำคัญ ผู้แทนหน่วยงาน (1-2 คน)
(5) Surveyor meeting: การประชุมของทีมผู้ เยี่ยมสำรวจ และ ผู้เชี่ยวชาญ	<ul style="list-style-type: none">เพื่อสรุปประเด็นที่เป็นจุดเด่น และโอกาสพัฒนา	ผู้เยี่ยมสำรวจ และ ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ โรค/เฉพาะระบบ
(6) Exit conference: การสรุปประเด็น	<ul style="list-style-type: none">เป็นการสรุปประเด็นจากการเยี่ยมทั้งหมด สิ่งที่น่าชื่นชมและข้อเสนอแนะ เพื่อให้สถานพยาบาลเห็นโอกาสพัฒนา	ทีมผู้บริหาร และ ผู้แทนทีมต่างๆ ของสถานพยาบาล

หมายเหตุ: กิจกรรมที่ระบุแต่ละสถานพยาบาลอาจมีการปรับเปลี่ยนบางส่วนตามความเหมาะสมของโรค/
ระบบที่ขอการรับรองด้วยปัจจัยที่มีความต่าง ทั้งนี้ทาง สถาบันจะแจ้งให้ทราบล่วงหน้าเพื่อการเตรียมการ



9. หลักเกณฑ์การพิจารณาและอนุมัติการรับรองการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล

การประเมินความสำเร็จในการปฏิบัติในระดับขั้นการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ ได้รับการประเมินโดยผู้ประเมินการพัฒนา โดยเป็นผู้รายงานผลการประเมินการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลแก่สถาบัน ว่าสถานพยาบาลมี

8.1 การปฏิบัติและการพัฒนาในโรคหรือระบบที่สะท้อนหลักพื้นฐาน ได้แก่

- 8.1.1 การจัดการกระบวนการสำคัญอย่างเป็นระบบและครอบคลุมตลอดสายธารแห่งคุณค่า (process management)
- 8.1.2 การแสดงผลลัพธ์ที่มีแนวโน้มที่ดีขึ้น รวมทั้งมีการใช้ข้อมูลเทียบเคียงอย่างเป็นรูปธรรม (result)
- 8.1.3 การใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพ ในการเรียนรู้และปรับปรุงอย่างต่อเนื่องโดยใช้เอกสาร (quality concepts and learning)

8.2 สถานพยาบาลที่พัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน ต้องได้คะแนนการประเมินจากผู้ประเมินการพัฒนาตามแนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน ในแต่ละบทของมาตรฐาน อย่างน้อย 2.50 ขึ้นไปยกเว้นตอนที่ I ในบทที่ I-6 การจัดการกระบวนการ ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วยทุกบท และตอน IV บทที่ IV-1 ผลลัพธ์ ตัววัดสำคัญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ที่ต้องได้คะแนนไม่น้อยกว่า 3.00 จากคะแนนเต็ม 5.00 เว้นแต่การประเมินการรับรองการพัฒนาคุณภาพสำหรับบางโรคหรือบางระบบที่มีความเฉพาะในการกำหนดหัวข้อตามมาตรฐานซึ่งใช้ในการประเมินที่มีนัยสำคัญให้ผู้อำนวยการพิจารณากำหนดเป็นรายการนี้

8.3 การรับรองการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล ให้มีระยะเวลาสามปี นับตั้งแต่วันที่ได้รับการอนุมัติรับรอง

10. การปฏิบัติหลังได้รับการรับรองการพัฒนาคุณภาพ

สถานพยาบาลที่ได้รับการอนุมัติการรับรองการพัฒนาคุณภาพ ควรมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้เกิดการยกระดับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยรายโรคหรือระบบเฉพาะ ให้มีผลลัพธ์ที่ดีอย่างต่อเนื่องสู่ระบบบริการที่เป็นเลิศ

1. สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองการพัฒนาคุณภาพ จัดส่งรายงานความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพให้สถาบัน ภายใน 12 เดือนนับหลังจากวันที่ได้รับอนุมัติการรับรองการพัฒนาคุณภาพ



2. กรณีสถานพยาบาลที่ไม่สามารถดำเนินการจัดส่งรายงานความก้าวหน้าการพัฒนาคุณภาพตามที่กำหนด สถานพยาบาลต้องทำหนังสือระบุเหตุผลความจำเป็นถึงสถาบันภายใน 30 วันนับจากวันที่กำหนด
3. กรณีเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อผู้มารับบริการอย่างรุนแรงโดยไม่คาดคิด หรือเกิดเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นของสังคมที่มีต่อสถานพยาบาลที่รับทราบโดยสังคม ให้สถานพยาบาลจัดส่งรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ดังกล่าวให้สถาบันไม่เกิน 30 วัน และให้สถาบันจัดกระบวนการสร้างการเรียนรู้หรือการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อสร้างการเรียนรู้ เพื่อทบทวนการพัฒนาหรือปรับปรุงระบบภายใน 30 วัน
4. หากสถานพยาบาลไม่ดำเนินการตามที่สถาบันกำหนด ให้สถาบันมีหนังสือสอบถามสถานพยาบาลภายใน 10 วันทำการหลังครบกำหนดการรายงานของสถานพยาบาลต่อสถาบัน โดยหากสถานพยาบาลไม่ดำเนินการตอบกลับใน 30 วัน ให้ผู้อำนวยการมอบให้บุคคลอื่น จำนวนไม่เกิน 3 คน เข้าเยี่ยมชมสำรวจสถานพยาบาลเพื่อรับฟังข้อมูลการดำเนินงานและขอจำกัดอันเป็นเหตุให้ไม่สามารถดำเนินการได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

11. กระบวนการต่ออายุการรับรอง

1. สถาบันจัดทำจดหมายแจ้งเตือนการต่ออายุการรับรองการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ ก่อนหมดอายุ 9 เดือน
2. สถานพยาบาล จัดส่งเอกสารขอต่ออายุการรับรองการพัฒนาคุณภาพ ก่อนหมดอายุ 6 เดือน
3. กรณีที่สถานพยาบาลไม่ได้มีหนังสือแจ้งสถาบันและส่งเอกสารสำหรับประเมินตนเองประกอบการพัฒนาคุณภาพตามประกาศที่สถาบันกำหนด เพื่อขอเข้าสู่กระบวนการต่ออายุการรับรองการพัฒนาคุณภาพ ให้ถือว่าการรับรองการพัฒนาคุณภาพสิ้นสุดลงเมื่อครบกำหนดอายุใบรับรองนั้น
4. กรณีสถานพยาบาลมีเหตุประสพภัยพิบัติ หรือเหตุฉุกเฉินอื่นใดที่มีผลกระทบในระดับที่รับทราบกันทางสังคมในวงกว้างอันเป็นเหตุให้สถานพยาบาลไม่สามารถส่งหนังสือแจ้งสถาบันตามกำหนดได้ให้สถานพยาบาลทำหนังสือระบุเหตุผลความจำเป็นดังกล่าวข้างต้นมาที่สถาบันและให้ส่งหนังสือแจ้งสถาบันเพื่อเข้าสู่กระบวนการต่ออายุการรับรองการพัฒนาคุณภาพที่ครบถ้วน ภายในกำหนดเวลาไม่เกิน 3 เดือนก่อนวันที่อายุการรับรองการพัฒนาคุณภาพสิ้นสุดลง

หมายเหตุ: สถานพยาบาลสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้จาก “ระเบียบคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลหลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล พ.ศ. 2566 ” และ “ระเบียบสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ว่าด้วยหลักเกณฑ์การพิจารณาและอนุมัติการรับรองการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ พ.ศ. 2567” ผ่านทาง www.ha.or.th